45e Année. — N° 11. Vendredi 18 Mars 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Urologie : De la nécessité du traitement étiologique des arthrites urétrales, par les Drs A. Guépin et P. Lozé, 161. — **Radiographie** : Accidents cutanés et viscéraux consécutifs à l'emploi des rayons X (*suite*), par les Drs Oudin, Barthélemy et Darier, 162. — **Académie de médecine** : *Séance du 19 mars* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Indications du vésicatoire dans la phtisie pulmonaire, 165. — La radiographie dans les hôpitaux, 165. — Traitement de l'otite moyenne purulente aiguë au moyen des grands lavages faits par la trompe, 165. — La vaccination obligatoire dans les colonies, 165. — Hypertrophie sénile de la prostate et prostatomégalie, 166. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 11 mars* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Tabes avec conservation des réflexes rotuliens, 166. — Angine diphtéroïde (angine à bacilles fusiformes), 166. — Sarcomes disséminés du squelette, 167. — Lésions du noyau de l'hypoglosse consécutives à l'arrachement de ce nerf, 167. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 10 février* 1898. — Mycosis fongoïde, 167. — Sur une poussée de pityriasis rubra pilaire avec érythrodermie exfoliatrice généralisée, 167. — Sur la localisation et le développement anormal de syphilides papulo-érythémateuses en nappe autour de chancres indurés, 167. — Traitement du psoriaris par les injections hypodermiques de liquide testiculaire, 167. — Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloïde, 167. — Abcès froids sous-cutanés multiples, 168. — Taches pigmentaires variqueuses nævi formes, 168. — Plaques muqueuses tardives, 168. — Deux cas d'hérédo-syphilis, 169. — Folliculites miliaires rappelant le lichen scrofulosorum chez un tuberculeux, 169. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 12 mars* 1898. Présidence de M. Aug. Voisin. — Agitation maniaque datant de quatre ans et demi chez un enfant de 5 ans. Guérison rapide par l'iodure de potassium, 170. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance du 30 novembre* 1897. Présidence de M. Leroux, 171. — **Société de chirurgie** : *Séance du 16 mars* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Des abcès du foie, 171. — Corps étrangers de l'urèthre, 172. — Péritonite par perforation, 172. — Gastrectomie et gastro-entérostomie, 172. — Névralgie du moignon. Résection des vaccins postérieurs. Guérison, 172. — Gastro entérostomie, 172. — Maladie osseuse de Paget, 172. — Arthrite diabétique de la hanche, 172. — **Variétés** : Le Dr Paul-Louis Duroziez (1826-1897) Sa vie, ses œuvres (*suite*), par le Dr de Beauvais, 172. — **Intérêts professionnels** : L'Association médicale mutuelle du département de la Seine, 175. — **Nouvelles**, 176.

UROLOGIE

De la nécessité du traitement étiologique des arthrites urétrales (1).

Par les Drs A. Guépin et P. Lozé.

Bien que les auteurs reconnaissent d'une façon théorique la nécessité évidente de traiter, dans leurs causes, les arthrites urétrales, que celles-ci relèvent d'une blennorrhagie à gonocoque ou d'une urétrite banale, en pratique, on néglige souvent d'examiner le canal et les glandes qui s'y ouvrent pour s'attacher uniquement à combattre les manifestations articulaires. Il ne semble point que l'on accorde à la suppuration de l'urètre toute l'importance qu'elle présente en réalité, non seulement dans la production, mais encore dans la ténacité des arthrites et leur résistance aux traitements usuels. Les longues souffrances, l'atrophie musculaire, l'ankylose sont trop habituelles à la suite de ces accidents pour que le sujet puisse paraître d'un médiocre intérêt. Ces considérations sur lesquelles il est inutile d'insister davantage, avec quelques variantes, pourraient être appliquées à toutes les autres lésions locales de la généralisation infectieuse d'origine urétrale.

Il est juste de constater que lorsque le canal est le siège d'un écoulement abondant, on a recours aux lavages plus ou moins antiseptiques (1), aux cautérisations, sans d'ailleurs rechercher d'abord si ces moyens seront suffisants et si même leur emploi est indiqué (2); car les mots « écoulement et urétrite » ne sont pas synonymes. Mais quand au contraire l'urètre paraît sec ou à peu près, on ne songe qu'à l'articulation malade et contre elle seulement on dirige la thérapeutique locale, en y associant parfois des médicaments dont l'usage externe ou interne aurait sur les manifestations rhumatismales en général, et sur les complications rhumatismales de la blennorrhagie en particulier, une heureuse influence. Tout cela est logique. En revanche, il est grave d'oublier la notion causale, le point de départ de l'infection à distance et l'un de nous a déjà eu l'occasion de le rappeler (3). De plus, il faut opposer à l'infection urétrale, qui s'accompagne d'arthrites et ordinairement de bien d'autres accidents plus ou moins graves, un traitement qui convienne au cas donné; ce qui revient à dire qu'un diagnostic exact et complet reste, ici comme ailleurs, la première notion à établir. Cette étape difficile mais indispensable franchie, les indications thérapeutiques se présentent d'elles-mêmes dans leur ordre logique. Le résultat permet d'en apprécier la valeur.

L'observation suivante est typique et de longs commentaires en affaibliraient la portée. Elle démontrerait à elle seule, si besoin en était, le bien fondé de nos opinions. Un jeune homme, en apparence guéri de sa blennorrhagie, fait tout à coup une arthrite; on l'immobilise, on fait de la révulsion, rien ne paraît

(1) Communication à la Société de Médecine de Paris, séance du 26 février 1898.

(1) A. Guépin. — Nécessité du traitement étiologique des arthrites urétrales. *Tribune médicale*, 27 octobre 1897. On trouvera dans cet article la bibliographie de la question.

(2) Reliquet et Guépin. — *Les Glandes de l'urètre*. Paris, 1894.

(3) A. Guépin. Traitement de l'arthrite blennorrhagique. *Gaz. méd. de Paris*, 3 fév. 1894, etc., etc.

agir. Nous reconnaissons chez lui l'existence d'une infection atténuée du carrefour génito-urinaire et nous attribuons à la persistance de ce foyer infectieux la durée de l'arthrite dont il souffre. Il est traité en conséquence et quelques jours après, il peut se considérer comme guéri. Ce fait date de juillet 1897 et, depuis lors, aucune récidive, bien que le malade ait repris aussitôt ses habitudes.

Observation. — X..., 25 ans environ, consulte le Dr Guépin le 6 juillet 1897. Il dit avoir contracté sa première blennorrhagie en *mars* 1897 ; le 29, il a noté la présence d'un écoulement peu abondant jaune verdâtre. Aucun antécédent morbide.

Tout de suite, il fait des lavages au permanganate de potasse à 4 p. 1000, puis à 2 p. 1000; il prend quelques capsules de Santal, suit une hygiène assez sévère, porte un suspensoir et, après quinze jours de traitement, se croit guéri de sa blennorrhagie. Il fait faire l'examen bactériologique des sécrétions urétrales où la présence des gonocoques ne fut pas décélée d'une façon certaine.

Le 24 *avril* et les jours suivants, coït, boissons alcooliques; quelques filaments dans l'urine.

Le 6 *mai*, l'écoulement reparaît après l'ingestion de champagne : de nouveau, grands lavages, capsules de copahu. Les lavages deviennent très rapidement douloureux ; il faut les cesser, bien que les urines soient troubles, il n'y a plus de suintement urétral.

Le 2 *juin*, à la suite d'une érection prolongée, douleurs dans l'épididyme droit qui gonfle rapidement (orchite prostatique). Repos au lit, compression élastique. La douleur cesse au bout de trois jours, le gonflement reste tel et ne décroît que peu à peu. Trois semaines après, il persiste encore un noyau induré et sensible (à la pression et spontanément) vers la tête de l'organe.

Pendant que M. X... était au lit, le genou droit est devenu très douloureux, une petite quantité d'épanchement a occupé la cavité articulaire ; à gauche, il y a aussi un peu d'hydarthrose. Il est soigné comme étudiant dans un des hôpitaux de Paris et vu tant par des médecins distingués que par des internes également instruits. L'état trouble de ses urines n'arrêta point l'attention. *D'ailleurs celles-ci devinrent bientôt claires*, avec de rares filaments. Cependant les douleurs du genou et de l'épididyme ne disparaissant point, l'épanchement persistant, le séjour au lit devenant plus pénible, M. X... se présente à nous le 6 juillet 1897.

L'urine contient de gros filaments courts ; les deux épididymes sont indurés, surtout le droit. La prostate est molle, remplie de sécrétions, non purulentes d'aspect; le frein est très court, le méat atrésié. Pas d'écoulement ; hydarthrose à droite ; mouvements limités par la douleur, pas d'atrophie musculaire appréciable à la vue. X... est pâle et un peu amaigri.

La section du rétrécissement antérieur et du frein est faite quelques jours après. Le malade ne prend aucun médicament, ne fait rien contre ses arthrites, ni contre ses épididymites, sauf une légère compression avec la bande de flanelle pour les unes et le suspensoir pour les autres ; il use d'un lavement tiède quotidien et met un suppositoire à l'iodoforme chaque jour. Régime lacté d'abord absolu, puis mitigé.

Moins d'une semaine après, il ne souffre plus et marche tout le jour ; il revient à un régime normal, coïte, en prenant les précautions nécessaires et reprend ses travaux. Revu la dernière fois le 21 *décembre dernier* ; il nous confirme par écrit les renseignements précédents et ajoute que, pendant les vacances, il a pu faire sans fatigue de longues excursions. Il ne reste que quelques petits filaments intermittents dans l'urine et une induration de la tête de l'épididyme droit. Il y a encore un peu de choc rotulien à droite. Mais cinq mois de guérison absolue ont rendu confiance au malade qui, engraissé et vigoureux, affirme qu'il est désormais rétabli; nous pensons que le fait ne peut pas être mis en doute.

C'est encore un exemple de ce que nous avons appelé le *foyer infectieux prostato-génital* (1) dans ses formes atténuées; et nous tenons à rappeler que la connaissance de ces faits, comme des moyens de traitement qui seuls leurs conviennent, est due à notre maître Reliquet dont, preuves en mains, nous défendons aujourd'hui à cette tribune les idées si véritablement cliniques et si manifestement fertiles.

RADIOGRAPHIE

Accidents cutanés et viscéraux consécutifs à l'emploi des rayons X,

Par les Drs Oudin, Barthélemy et Darier.

(*Suite* (2).

Cinquième Partie

Etude comparative des dermites radiographiques et des brûlures électriques

L'étude des lésions radiographiques et des caractères qui leur sont propres doit être complétée par une étude comparative avec les lésions cutanées produites par l'électricité à haute tension, par les puissantes machines dynamo-électriques employées maintenant dans l'industrie, et qui constituent un agent vulnérant, comme le fer, le froid, capable de produire des accidents variés.

1er cas. — Accidents cutanés causés par le rayonnement de la lumière électrique (violent coup de soleil électrique). Brûlures du premier degré. Erythème.

2 décembre. Radiation d'un arc (400 à 450 ampères, ce

(1) Reliquet et Guépin. *Les glandes de l'urètre.*

(2) Voir *France Médicale*, nos 8, 9 et 10.

qui donne 80 volts dont 40 dans l'arc). Placé à 1 m. 50 j'observais avec deux verres rouges et un verre jaune superposés, pour éviter toute action sur la face et les yeux; pendant trois minutes environ.

La chaleur perçue fut à peu près de 30°.

Au bout d'une demi-heure, sensation de prurit rouge vif. La nuit suivante, un peu de gêne et de cuisson.

3 décembre. Douleur pendant tout le jour; teinte rouge un peu foncée.

13 décembre. Desquamation.

17 décembre. Il n'y a plus qu'un peu de coloration bronzée et quelques furfures.

2e cas. — Arc électrique 450 ampères. Durée de l'exposition : une demi-heure. Pas de sensation, ni de rougeur pendant la journée, mais vers 3 ou 4 heures du matin démangeaison et cuisson. Le lendemain matin, rouge vif de tout l'avant-bras, excepté sur une plaque triangulaire de peau restée blanche, ce qui est dû à la protection d'une saillie musculaire — gonflement minime — douleur très légère. Augmentation de la douleur le lendemain; gêne, tension, cuisson, brûlure; desquamation plus tard (Terrier.)

3e cas. — Dans un cas de Faucher, il y eut des phlyctènes, comme dans les brûlures du deuxième degré; puis il y eut peau neuve.

Conditions. — Ces accidents varient suivant : 1° l'importance de l'arc électrique; 2° la durée de l'exposition; 3° la résistance des téguments (comme pour les taches de rousseur).

Nota. — Les brûlures du premier degré produites par le rayonnement de la lumière électrique diffèrent complètement par leur aspect et les phénomènes généraux des brûlures du même degré causées par l'action directe de l'arc électrique sur les téguments ou par les courants.

Est-ce parce que le coup de soleil électrique serait dû surtout aux rayons chimiques de la lumière électrique, tandis que les brûlures par les courants ou par action directe de l'arc électrique seraient dues à la chaleur?

Causes de ces brulures. — Dans l'industrie les courants continus et les courants alternatifs peuvent causer des brûlures électriques; mais la clinique ne relève aucune différence entre les brûlures causées par les divers courants.

I. — Le corps du patient a constitué par un double contact un court circuit entre deux conducteurs voisins à des tensions différentes.

II. — Le corps du patient a constitué un circuit dérivé entre deux points d'un même conducteur.

III. — Le corps a constitué une dérivation d'un conducteur à la terre.

La brûlure peut enfin être produite par action directe de l'arc électrique sur la surface cutanée ; — par contact d'un fil incandescent ; — par passage d'un courant électrique à travers une partie quelconque du corps.

L'élément force électro-motrice ne peut entrer uniquement en ligne de compte. Des brûlures superficielles ont été causées par des courants de très haut potentiel (5000 volts) et des profondes par une tension moindre (500 volts).

Les circonstances qui accompagnent l'accident ont une grande importance; de même, la durée du contact, son degré de perfection ; l'état de sécheresse ou d'humidité de la peau ; les sueurs plus ou moins salées etc, etc.

Il y a aussi les brûlures qui peuvent être l'unique effet du travail électrique.

Aspect des brulures électriques. — En tous cas, quand il n'y a pas brûlure immédiate banale, celle-ci apparaît *quelque temps après* l'électrisation, sans qu'il y ait eu douleur, rougeur, etc.

a. Tous les tissus peuvent être atteints, depuis l'épiderme jusqu'aux os.

b. Elles sont superficielles ou profondes (pas de phlyctènes).

c. Ce sont des taches de petite dimension, plus ou moins arrondies ou angulaires, de coloration grisâtre ou gris ardoisé; à bords irréguliers avec un petit liseré blanchâtre. Parfois le point central est plus noir.

d. Leur consistance est : tantôt dure et parcheminée, tantôt molle et dépressible (suivant le pôle)? Elles tranchent par des limites nettes et précises sur les téguments sains.

e, *La douleur est nulle* (Indolence de l'eschare).

Donnelan (*Médical News*, Philadelphie 1894) a publié un fait sous ce titre : « *Un cas de choc électrique de* 1000 *volts* ; *insensibilité à la douleur* ».

D'abord, *choc électrique de* 1000 *volts*; *vomissements*, *sueurs*, *coma*, *face pâle*, *dilatation et immobilité pupillaire*, *respiration stertoreuse et irrégulière*, *mort apparente*, *respiration artificielle*, *tractions rhythmées. Puis : le fulguré ne reste qu'un brûlé.*

L'indolence peut persister pendant toute la durée de la cicatrisation. (*British medical*, London 1885).

Schield et Delpine ont examiné sous le microscope des coupes de peau brûlée superficiellement par l'électricité. Ils n'ont rien trouvé de caractéristique pouvant distinguer des autres ces brûlures spéciales.

f. Il n'y a jamais de fièvre, ni de réaction locale, quand les brûlures ne sont pas exposées à des infections ultérieures.

g. Les escharres n'ont aucune tendance à l'éliminationet présentent en tout cas une très grande lenteur de détachement.

h. La cicatrice est blanche, lisse, régulière, sans tiraillement, ou rosée.

Entre les brûlures on trouve des espaces de téguments sains. (Dans un cas, après le 8e jour, on a vu apparaître une atrophie musculaire progressive des deux membres supérieurs atteints.)

Les phénomènes produits sur le système nerveux par l'électricité à haute tension (1000 à 5000 volts) se manifestent par : Le choc électrique, les syncopes, l'arrêt

de la respiration ou simplement l'hystérie comme à la suite des accidents de chemin de fer (Railway bram ou spine) (Th. de Béraud.)

Sixième Partie

Résultats expérimentaux et microscopiques

Quittons la théorie pour revenir aux faits.

Nous n'avons pas eu occasion de faire l'étude micrographique de lésions luopsiées en voie d'évolution sur la peau humaine. M. Darier a fait des coupes dans un lambeau sphacélé qui s'était détaché de la vaste eschare périombilicale du malade de M. Apostoli. Le microscope a montré que la gangrène sèche était complète, M. Darier a pu le constater; il ajoute qu'il n'a pu remarquer aucune espèce de signe, ni dans les vaisseaux, ni dans les nerfs, ni en aucun point, qui ait pu lui faire penser que cette gangrène avait été produite d'une manière tout à fait exceptionnelle. Il y avait gangrène totale du derme et de l'hypoderme, mais c'est tout.

C'est alors que nous avons songé, le Dr Oudin et moi, à mettre des animaux dans des conditions identiques à celles où avaient été placés les sujets qui ont eu des lésions cutanées radiographiques. De cette manière peut-être pourrait-on saisir des indications sur la cause des accidents et en tout cas étudier sur des coupes fraiches et faites, grâce à la biographie, au moment où les lésions confirmées n'avaient pas encore détruit les éléments anatomiques.

Les examens microscopiques n'ont pas eu lieu systématiquement aussitôt après l'exposition aux rayons.

Voici donc le résumé des expériences radiographiques auxquelles ont été soumis cobayes et lapins. Ce résumé a été fait par M. Gagnière, le distingué interne du service.

Saint-Lazare, service de M. le Dr Barthélemy. Résumé des expériences sur les cobayes. — Les expériences ont porté sur cinq cobayes, 3 angora et 2 non angora. Les 3 cobayes angora, portés à M. Darier, seront désignés sous les numéros 1, 2, 3, d'après leur ordre de mise en expérience.

1° Cobaye A (non angora). — 30 Mars. Cet animal est exposé le 30 mars 1897 à 2 centimètres de l'ampoule dans la région postérieure de la fesse gauche pendant 20 minutes, sous la direction de M. le Dr Oudin.

Au bout d'un quart d'heure, l'animal cherche à se déplacer et fait volte-face comme s'il avait dans la région radiographiée une sensation qu'il veuille supprimer.

9 avril. Vingt minutes d'exposition dans les mêmes conditions. Un peu d'inquiétude à la fin. Aucun résultat avec ce cobaye.

2° Cobaye B (non angora ; n° 1 de M. Darier). — 31 mars. Exposé trente minutes par la fesse gauche à 10 h. 5 à un centimètre de l'ampoule. Un peu de dyspnél au début et pendant toute l'expérience. A 10 h. 25, l'animal se déplace et devient distant de l'ampoule de 2 cent. 1/2 ; à 10 h. 30, la distance redevient à 1 centimètre ; à 10 h. 35, arrêt de l'expérience.

10 avril. Remis en expérience pendant trente minutes. La fesse gauche presque en contact.

6 mai. Demi heure de pose chez M. Oudin. L'animal ne semble pas incommodé pendant la séance. Il y a une notable élévation de la température sur la fesse gauche soumise aux rayons.

10 mai. Le lendemain et les jours suivants, le cobaye semble souffrir dans la région exposée aux rayons et quand on excite la sensibilité (non spontanément). L'animal est porté à M. Darier.

3° Cobaye C, angora. — 8 avril. Ce cobaye est soumis aux rayons pendant une heure.

30 avril. Ce cobaye femelle a mis bas trois petits qui n'ont pas vécu. (Pas de résultat sur le système pileux).

4° Cobaye D (n° 2 de M. Darier ; angora ; coloré en bleu et rouge). — Exposé aux rayons pendant une heure le 10 mai à Saint-Lazare, et pendant une heure le 12 mai, chez M. Oudin.

5° Cobaye E. n° 3 de M. Darier ; angora. — 26 juin. Ce cobaye est porté chez M. Oudin pour être soumis aux rayons intensifs pendant plus d'une heure. Donné à M. Darier.

Résultats au 27 juillet 1897 (*Dr Darier*). — Cobaye 1, exposé le 12 mai 1897. Aucune alopécie, aucun trouble de la santé.

Cobaye 2, frisé. — Exposé le 12 mai 1897 une heure aux rayons intensifs, fesse gauche. Quelques jours après en pleine fesse on remarque une croutelle rougeâtre, superficielle (analogue à celle d'une brûlure) elle se détache au bout de quatre ou cinq jours. Hyperesthésie de tout l'arrière train et d'une partie du dos sans paraplégie.

10 juin. On remarque sur la hanche gauche une dépilation manifeste, à contour géographique. Les poils tombent par grosses touffes, l'épiderme est squammeux, il n'y a pas de rougeur, pas d'eschare. Rien d'anormal ailleurs.

12 juin. L'alopécie a peu grandi. *Biopsie* d'un grand lambeau sur la face externe de la cuisse gauche pris sur la surface alopécique et comprenant une faible étendue du bord couvert de poils. Biopsie idem sur la cuisse droite saine, en un point correspondant (pour comparaison).

15 juin. L'alopécie s'est étendue sensiblement et dépasse le bord de la plaie de 1 centimètre environ, la suture a coupé la peau, la guérison se fait sans croûte.

29 juin. Guérison de la plaie à droite : il s'est formé une zône d'alopécie large de 6 millimètres tout autour de la cicatrice nettement concentrique à celle-ci. Il n'y a plus de croûte à gauche, l'alopécie persiste. Une croûte indique l'endroit de l'opération.

Cette alopécie, à contours sinueux, irréguliers, est absolument totale, en ce sens que pas un poil ne subsiste à son centre ; en se rapprochant des bords on voit reparaître d'abord quelques poils isolés ou en petites touffes. Ces poils viennent facilement à la traction ; quand on les examine au microscope on trouve leur extrémité bulbaire amincie, dépourvue de pigment, terminée par un bulbe plein très grêle ; il en est du reste de même des poils caducs qu'on tire du cou ou de la tête ; toutefois dans quelques-uns des premiers l'amincissement est moins progressif, le cône allongé, indice d'une atrophie un peu plus

rapide : la différence est, en tout cas, peu marquée. La peau glabre est finement, très finement squammeuse ; elle est, en apparence, un peu plus épaisse qu'ailleurs. La pigmentation est très inégalement tachetée, comme ailleurs (le cobaye est tricolore, blanc, jaune et noir) non modifiée à ce qu'il semble. Pas de rougeur, pas de trouble de la sensibilité.

24 juillet. L'alopécie de la cuisse droite a disparu, rayonnée parfaite. A gauche, l'alopécie persiste. (Voir photographie. Clichés dus à l'obligeance de M. le Dr Sottas).

La tache mesure 10 centimètres sur 4 centimètres, elle occupe toute la face externe de la cuisse, s'avançant à 1 centimètre de la ligne médiane, la face externe de la jambe, respectant une manchette au-dessus du talon, prenant la peau du flanc jusqu'aux côtes. Elle a donc pris encore de l'accroissement.

Les bords ne sont pas très nets en ce sens que les poils reparaissent peu à peu. Les premiers que l'on rencontre sont grêles, courts, espacés, comme dans une tache de pelade en voie de repousse. Ils tiennent peu et viennent facilement à la pince (le cobaye perd d'ailleurs facilement ses poils même ailleurs).

En regardant avec soin la tache on y découvre environ de centimètre en centimètre 1 ou bien 2 ou 3 poils, courts, grêles, très superficiellement implantés, très peu adhérents. Il y a donc un début très peu accentué de *repousse*.

La cicatrice de la biopsie est encore épaisse de ce côté et recouverte d'une croutelle (voir photographie) la guérison a donc été très notablement retardée.

Lapin exposé le 28 juillet, aucune alopécie, aucun trouble.

Cobaye 3, frisé, exposé la première fois le 10 mai. Le résultat parait négatif.

28 juin 1897. On remarque une plaque d'alopécie sur le flanc gauche (plus de deux mois après). Mêmes caractères que ci-dessus. On l'expose à nouveau une heure et demie, flanc droit et dos.

28 juillet. Cette plaque persiste, agrandie (6 centimètres sur 3 centimètres. Il ne s'est rien produit sur la crête ou à droite de ce cobaye qui a mis bas, le 7 juillet, un petit qui trotte et va bien.

Cobaye 4, frisé, B. — Exposé le 28 juin, une heure et demie dos et flanc gauche.

28 juillet. Aucun résultat.

(*La fin au prochain numéro*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 19 mars 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La correspondance comprend : 1° un travail intitulé de la *Récidive de la fièvre typhoïde constatée bactériologiquement*, par le Dr E. Jaubert médecin-major au 123e régiment d'infanterie à Saint-Martin-de-Ré ; 2° un pli cacheté sur un *nouvel instrument pour l'étude de l'anatomie*, déposé par M. Robert Lœwy, interne des hôpitaux ; 3° un pli cacheté intitulé : *Plan d'expériences sur la grossesse péritonéale*, déposé par le Dr Paul Aubry de Saint-Brieuc.

Indications du vésicatoire dans la phtisie pulmonaire. — M. Daremberg, correspondant national, pense que le vésicatoire n'agit bien que chez les tuberculeux résistants ; chez les tuberculeux déjà débilités, au contraire, il n'amène que des accidents. Il ne faut pas de vésicatoire dans les cas de tuberculose à marche rapide, ni dans le cas de tuberlose lente, mais infectieuse d'emblée, ni dans les cas de broncho-pneumonie tuberculeuse étendue, ni chez les tuberculeux dont les hémoptysies sont accompagnées d'une forte fièvre. Au contraire, on peut user largement de petits vésicatoires répétés, chez un phthisique résistant atteint d'une poussée limitée de congestion pleurale, pulmonaire, ou bronchique. On peut facilement pendant plusieurs mois, mettre une ou deux mouches de Milan par semaine et arriver ainsi à nettoyer une poitrine de phtisique congestif à tendance scléreuse.

Il ne faut jamais mettre de vésicatoires sur la peau des vieillards. Le vésicatoire est un agent curateur seulement chez les phtisiques jeunes et adultes.

La radiographie dans les hôpitaux. — M. Gariel fait un rapport sur la demande formulée par le ministre de l'Intérieur dans la séance du 22 janvier et il propose les conclusions suivantes, qui sont adoptées par l'académie. La commission propose : 1° de répondre à M. le ministre de l'Intérieur qu'il conviendrait de recommander aux établissements hospitaliers, dans l'intérêt du traitement des malades pauvres, l'application de la radiographie et de la radioscopie ; 2° d'émettre le vœu qu'un laboratoire spécial de radiographie et de radioscopie soit fondé à l'Académie de médecine.

Traitement de l'otite moyenne purulente aiguë au moyen des grands lavages faits par la trompe. — M. le Dr E. Ménière fait une communication sur les excellents résultats qu'il obtient, dans l'otite moyenne purulente aiguë, en employant *systématiquement*, au début, les grands lavages de la caisse.

Deux fois par jour, il fait passer par la trompe un fort courant d'eau bouillie, chaude, qui, traversant l'oreille moyenne, vient ressortir par le conduit auditif externe.

Il arrive souvent à éviter les complications de voisinage. La guérison survient souvent en assez peu de temps, avec cicatrisation du tympan et intégrité de l'audition.

La vaccination obligatoire dans les colonies. — M. Hervieux communique une note sur la nécessité d'appliquer l'obligation vaccinale aux colonies Françaises.

Il se fonde pour établir cette nécessité sur la réclamation persistante de cette obligation par les médecins militaires chargés du service des vaccinations dans toutes ces colonies, réclamations qui démontrent que la variole y règne depuis un temps immémorial et n'a jamais désarmé, et que ce fléau devenant ainsi une cause de dépopulation, porte une atteinte sérieuse au développement et à la prospérité de nos possessions Françaises. Un exposé sommaire des méfaits de la variole et de la variolisation dans toutes ces contrées prouve la légitimité des réclamations de nos confrères de l'armée et la nécessité de leur donner satisfaction.

Après avoir répondu à toutes les objections qu'on a opposées à ces demandes pressantes de l'obligation vaccinale, M. Hervieux rappelle qu'à défaut d'une loi proprement dite de vaccine obligatoire nous avons en France des lois municipales datant de 1789, 1790, et 1884 qui investissent les pouvoirs civils du droit et du devoir de prévenir et de

faire cesser les maladies épidémiques et contagieuses, sans préjudice de la loi militaire qui impose l'obligation vaccinale aux conscrits, aux réservistes et aux territoriaux ; sans compter la loi Roussel et les circulaires ministérielles appliquables à la population infantile. L'application des lois existantes a déjà été faite dans plusieurs colonies sans rencontrer le moindre obstacle et avec un succès complet. Une simple circulaire ministérielle rappelant aux pouvoirs civils qu'ils ont le droit d'appliquer aux habitants de nos colonies, aux étrangers, et aux fanatiques de la variolisation la vaccine obligatoire résoudrait la question dont nos médecins militaires réclament depuis si longtemps la solution.

Hypertrophie sénile de la prostate et prostatomégalie. — M. le Dr A. Guépin. Si les auteurs ne sont point d'accord sur les méthodes de traitement de l'hypertrophie sénile de la prostate, si malgré leurs inconvénients ou leurs insuccès, des interventions sont souvent conseillées, cela tient à ce que l'on confond d'ordinaire la prostatomégalie, un symptôme, avec l'hypertrophie, c'est-à-dire avec la maladie elle-même.

La prostate hypertrophiée est volumineuse ; mais beaucoup de grosses prostates ne sont pas hypertrophiées, (pour conserver à ce mot son sens usuel). Ainsi, la prostatomégalie accompagne l'*œdème* et *la congestion* prostatiques, fréquents et considérables chez le vieillard ; elle se rencontre encore dans l'*hypersécrétion* avec *stagnation* glandulaires (à *fortiori* lorsqu'il y a *rétention* dans certains culs de sac), dans les *prostatites chroniques*, dans les *néoplasmes*.

La prostatomégalie de l'*hypertrophie sénile* tient de ces différents facteurs. Les procédés thérapeutiques applicables aux cas précédents, procédés que j'ai exposés dans mes communications antérieures, à l'Académie, donnent par conséquent ici des résultats tout aussi satisfaisants, tant pour faire regresser l'organe lui-même que pour aider a rétablir la miction normale. Les opérations proposées pour les remplacer ne font pas mieux, sauf exception ; peuvent elles-même faire autant ?

A 4 heures 5 minutes, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mars. — Présidence de M. Sevestre.

Tabes avec conservation des réflexes rotuliens. — MM. Achard et L. Lévi. Nous avons fait l'autopsie d'un cas de tabes avec conservation des réflexes rotuliens. Il s'agissait de tabes vrai, avec douleurs fulgurantes, crises viscérales, incoordination motrice, signes de Romberg et d'A. Robertson, mal perforant. Le malade succomba à l'infection urinaire (pyélo-néphrite suppurée). La moelle présentait une sclérose des cordons postérieurs, plus marquée aux régions sacrée et cervicale. Les racines postérieures étaient le siège de lésions en général assez peu prononcées. Les zones endogènes, tant ascendante (zone cornu-commissurale) que descendante (virgule de Schultze, bandelette périphérique, triangle médian postérieur), étaient conservées. En outre, au niveau de l'union des régions lombaire et dorsale, on notait la conservation de la zone appelée par Westphal zone d'entrée des racines postérieures, et limitée en dehors par la substance gélatineuse de Rolando, en arrière par la périphérie de la moelle, en dedans par une ligne virtuelle parallèle au *septum* médian postérieur et passant par le point où la substance gélatineuse fait un ressaut en dedans.

Ce fait vient donc à l'appui de ceux publiés par Lehmann, Westphal, Kraus, Minor, Nonne, Pick, dans lesquels l'intégrité de cette zone de Westphal a paru expliquer la persistance du réflexe rotulien.

Quant à la réapparition de ce réflexe, primitivement disparu, à la suite d'une lésion cérébrale intercurrente, comme on en a observé quelques cas, elle est plus difficile à interpréter et ne repose pas sur des données anatomiques aussi précises.

Angine diphtéroïde (angine à bacilles fusiformes). — M. H. Vincent du (Val-de-Grâce). Il s'agit d'une forme d'angine dont la physionomie clinique offre quelque ressemblance avec la diphtérie, et qui est déterminée par un bacille spécial. Cette forme paraît assez fréquente chez les adultes ; j'en ai observé quatorze cas. Elle se localise de préférence à l'une des amygdales, rarement aux deux. Au début, la tonsille est recouverte d'une plaque blanchâtre ou grisâtre, un peu adhérente par sa profondeur. Dans les jours qui suivent, le nouvel exsudat s'épaissit, devient plus adhérent, et repose alors soit sur une exulcération, soit sur un ulcère peu profond dont il tapisse les anfractuosités. La surface de la membrane est pulpeuse. Au voisinage de la lésion, la muqueuse est, en général, gonflée et érythémateuse. L'haleine a une odeur désagréable. Il y a de la dysphagie. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas tuméfiés dans les cas légers. Il n'en est pas de même lorsque l'affection est plus sérieuse, mais dans les cas que j'ai observés, cette adénite n'a jamais abouti à la suppuration. Cette angine s'accompagne de courbature et d'un mouvement fébrile parfois léger, mais constant. La température peut descendre alors même que l'exsudat diphtéroïde n'est pas éliminé. Cette angine est presque toujours uni-latérale et, contrairement à ce qu'on observe dans la diphétrie, ne se propage pas au côté opposé du pharynx.

Le diagnostic se fait surtout par l'examen microscopique. La fausse membrane renferme en quantité parfois colossale, surtout au début, un bacille spécial de 10 à 12 μ, en général, renflé en sa portion moyenne, nettement aminci à ses deux extrémités. Il présente de nombreuses formes d'involution. On peut même considérer comme normale celle dans laquelle le bacille montre des vacuoles incolores, à peu près arrondies, au nombre de un, deux, trois et quelquefois davantage dans les bacilles les plus longs. Ces espaces clairs ne sont pas des spores, car ils sont de volume inégal et ne se laissent pas colorer par les procédés qui colorent ces dernières. Le bacille ne prend pas le Gram. Ce bacille est très fréquemment associé à un spirille ténu, également décoloré par le Gram, et qui existe parfois en quantité abondante. On est, par là même, conduit à accorder une réelle importance dans l'évolution de la maladie, comme agent associé, au bacille fusiforme. Je n'ai pas réussi à cultiver ce dernier, soit en présence de l'air, soit dans le vide, bien que j'aie utilisé un grand nombre de milieux. L'inoculation de la fausse membrane sur la muqueuse buccale ou conjonctivale des animaux a été sans résultat.

Le traitement qui m'a paru donner les résultats les plus favorables est l'attouchement bi-quotidien de la plaque

avec la teinture d'iode, combiné avec les gargarismes boriqués. L'affection a toujours guéri sans complication.

Il me paraît donc qu'il y a lieu d'accorder une place à cette forme nouvelle d'angine diphtéroïde, parce qu'elle paraît être sous la dépendance d'un bacille spécial, et que, sans présenter de gravité réelle, elle pourrait, à un examen peu approfondi, en imposer pour la diphtérie véritable.

MM. Le Gendre et Sevestre pensent que cette angine semblerait mériter davantage, d'après son aspect clinique, la qualification d' « ulcéreuse ». Lorsque, chez les enfants, on voit une ulcération recouverte d'une fausse membrane, on ne pense pas à l'infection par le bacille de Löffler.

Sarcomes disséminés du squelette. — MM. Le Gendre et Terrien rapportent une observation de sarcomes disséminés du squelette, à prédominance vertébro-crânienne, ayant entraîné de la paraplégie spasmodique douloureuse, des atrophies musculaires, de la paralysie faciale, de la dysphonie, puis de l'aphonie, que l'on ne savait trop à quoi rattacher. Une exostose du frontal mit sur la voie du diagnostic, que confirma l'autopsie.

Lésions du noyau de l'hypoglosse consécutives à l'arrachement de ce nerf. — MM. G. Ballet et Marinesco font une communication qui peut se résumer ainsi : après l'arrachement de l'hypoglosse on observe une atrophie définitive des cellules du noyau correspondant au nerf arraché, et cette atrophie est d'autant plus accusée qu'on considère des parties plus inférieures au noyau.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 10 février 1898.

Mycosis fongoïde. — MM. Barthélemy et Hallopeau présentent un nouveau cas de mycosis fongoïde remarquable par le volume considérable d'une tumeur dorsale, sa limitation par un rebord ortié constituant une zone d'envahissement, le polymorphisme des autres manifestations depuis les taches érythémateuses et les plaques ortiées jusqu'aux néoplasies plus ou moins saillantes, l'infiltration profonde du derme au dessous de taches à peine visibles, le peu de développement des adénopathies et le peu d'intensité du prurit contrastant avec ce que l'on observe dans les formes érythrodermiques généralisées, l'existence de plaques d'apparence morphéique et de dermographisme.

Sur une poussée de pityriaris rubra pilaire avec érythrodermie exfoliatrice généralisée. — M. Hallopeau. L'éruption a présenté les plus grandes analogies avec celle qui caractérise les poussées érythrodermiques généralisées de psoriasis : dans les deux cas on observe la même rougeur étendue à la presque totalité du tégument, la persistance de quelques intervalles de peau saine, une desquamation des plus abondantes, la durée pendant plusieurs semaines des phénomènes. Le diagnostic différentiel n'est fourni que par les saillies miliaires du dos des doigts et des orteils. L'éruption a rétrocédé rapidement et presque complètement, contrairement à ce que l'on observe souvent dans cette maladie ; cette poussée aiguë a différé essentiellement avec celles que l'on observe parfois dans le lichen de Wilson que l'on a voulu à tort rapprocher de cette dermatose.

Sur la localisation et le développement anormal de syphilides papulo-érythémateuses en nappe autour de chancres indurés. — M. Hallopeau. Il s'agit d'un malade chez lequel il s'est développé, en même temps qu'une syphilide papuleuse généralisée, des syphilides papuleuses en nappe autour de deux indurations chancreuses persistantes qu'elles englobent tout en les laissant nettement appréciables ; les papules syphilitiques ont pris ainsi un développement plus considérable que partout ailleurs autour de ces indurations chancreuses. Il y a là un processus local ; selon toute vraisemblance, il a subsisté dans ces indurations un virus d'une activité plus grande, lequel a évolué et s'est propagé à la périphérie ; ces faits sont de nature à légitimer la pratique de l'ablation du chancre puisqu'il continue, après l'invasion de tout l'organisme, à être le siège d'une virulence plus grande que celle des autres foyers.

M. Hallopeau a expérimenté chez plusieurs malades le **traitement du psoriasis par les injections hypodermiques de liquide testiculaire** : chez l'un d'eux, qu'il présente, ce traitement a été continué à la dose quotidienne de 5 grammes pendant environ deux mois et demi. L'éruption, très abondante, n'a rétrocédé que très partiellement ; elle persiste presque partout avec ses caractères initiaux, le traitement local par les moyens usuels a, sans contredit, donné des résultats beaucoup plus favorables.

Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloïde. — M. Eudlitz présente à la Société une petite malade âgée de 12 ans, atteinte d'une éruption érythémateuse, érythémato-papuleuse et papulo-squameuse d'aspect syphiloïde. En raison de l'absence d'antécédents, de l'absence de lésions sur les muqueuses et des caractères de l'éruption, l'auteur porte le diagnostic de psoriasis en gouttes de forme rare.

M. Danlos présente :

a. Un homme d'une trentaine d'années atteint d'une *perforation syphilitique* de la voute palatine. Trois circonstances donnent à ce cas un intérêt particulier.

1° La précocité de la lésion survenue au onzième mois de la syphilis.

2° Le fait que le malade s'est soigné dès le début et que six mois de mercurialisation préventive n'ont pas empêché le développement précoce de la lésion tertiaire.

3° L'absence de tout indice de gravité autre que la perforation palatine. A noter toutefois que la vérole remonte à un an et demi et que l'induration chancreuse est encore très considérable.

b. Un malade de vingt-cinq ans ayant des manifestations multiples et absolument typiques de tuberculose cutanée et ganglionnaire chez lequel, sous l'influence du traitement spécifique (Hg^2I^2, KI), les accidents ont rétrocédé d'une manière inespérée. Le repos et l'alimentation ne suffisent pas pour expliquer ce résultat que l'auteur a eu déjà l'occasion de constater. Peut-être l'anomalie s'explique-t-elle par la nature syphilitique du terrain. On ne trouve pourtant chez le malade aucun antécédent, aucun stigmate de vérole acquise ou héréditaire.

c. Une jeune femme atteinte depuis quatre mois de lichen plan. Ce cas est remarquable par deux caractères. Sur le tronc la lésion simule de très près une roséole en voie de disparition. Sur la cuisse gauche, les plaques de lichen ont depuis le pli fessier jusqu'au milieu du mollet une dispo-

sition rubanée répondant à peu près au trajet de la branche fémoro-poplitée du nerf petit sciatique.

MM. Emery et Glantenay présentent un malade atteint d'éléphantiasis des organes génitaux externes.

C'est en 1894 que l'affection débuta par un œdème volumineux de la verge, à caractères inflammatoires tels qu'après une quinzaine de jours l'organe, dit le malade, était distendu et gonflé ; comme une vessie pleine, aucune lésion locale (chancres, érosions, blennorrhagie) ne paraît avoir marqué le début de cette affection.

Peu à peu cette infiltration aiguë changea de caractère et fit place à un épaississement scléreux des tissus. Depuis cette époque, à part quelques rémissions survenues à chaque été, s'accusant par une diminution de consistance et de volume, l'état des parties malades est resté stationnaire. Deux ans après, le scrotum se prenait à son tour et de la même manière.

Actuellement, la verge très hypertrophiée présente deux courbures successives qui lui donnent un aspect sigmoïde. Le gland, difficile à découvrir, est absolument normal. Le prépuce présente sur la face dorsale, et près de son bord libre, une bride fibreuse très épaisse qui limite en avant un pertuis consécutif à une lésion sphacélique apparue il y a cinq semaines. La même hypertrophie se retrouve au niveau des bourses, au niveau de leur partie inférieure et moyenne. Les glandes spermatiques paraissent saines autant qu'on peut l'apprécier à travers les enveloppes épaissies.

Un seul antécédent mérite d'être signalé chez ce malade : syphilis à 25 ans. — Chancre à la lèvre suivi de roséoles. Traitement insignifiant. — En 1889 apparaissent quelques accidents spécifiques sur la peau du membre inférieur gauche.

Des lésions semblables se montrent à différents intervalles jusqu'à l'époque actuelle. Aujourd'hui encore on peut voir sur la cuisse gauche une syphilide tuberculo-croûteuse typique.

L'absence de toute lésion locale originelle nous paraît devoir faire écarter le diagnostic d'éléphantiasis symptomatique.

L'histoire du malade et la constatation des lésions syphilitiques actuelles nous donne à penser, conformément à l'avis de M. le prof. Fournier, qu'il s'agit ici d'un syphilome hypertrophique diffus à forme éléphantiaque.

M. du Castel présente un homme atteint d'éléphantiasis de la verge, qui a été soumis aux injections de calomel à titre d'essai, mais sans aucun résultat. M. Broco propose d'essayer l'électrolyse et M. Jacquet les scarifications qui lui ont donné dans un cas un assez bon résultat.

Abcès froids sous-cutanés multiples. — MM. Gastou et Emery. Pour guérir un point de côté, un malade ne présentant aucun antécédent morbide applique un emplâtre révulsif. Aussitôt apparaissent une éruption urticarienne et des abcès multiples se produisant sans douleur ni réaction inflammatoire et variant de volume depuis une noisette jusqu'à une orange.

L'examen direct du pus, négatif pour le bacille de Koch, montre un parasite revêtant la forme de spores isolées ou en colonies, et siégeant dans les cellules du pus ou hors d'elles.

En cultivant le pus des abcès on retrouve les mêmes spores et, en outre, un gros bacille dont les colonies rappellent celles de certains parasites mycéliens.

Taches pigmentaires variqueuses nævriformes. — MM. Gastou et Emery. Deux points sont à signaler dans l'histoire de ce malade âgé de 32 ans.

Le premier est la production des varices sitôt après une longue fièvre typhoïde, ce qui donnerait à penser que certaines maladies infectieuses provoquent des lésions des parois veineuses aboutissant soit à des phlébites ulcéreuses ou non, soit à des dilatations variqueuses.

Le second est la présence de taches pigmentaires hyperesthésiques développées lentement sur le dos des pieds et les malléoles et dont la structure histologique, de même du reste que l'aspect clinique, sont ceux des nævi pigmentaires.

S'agit-il d'une forme de dilatations variqueuses ou bien de nævis développés tardivement ?

Ce qui n'est pas douteux, c'est l'existence chez ce malade de troubles nutritifs des parois veineuses dont la cause prédisposante semble être dans les antécédents héréditaires (névropathie et tuberculose) et la cause occasionnelle : une infection typhique.

Plaques muqueuses tardives. — M. Barbe. A plusieurs reprises, on a signalé l'apparition tardive d'accidents syphilitiques secondaires, tels que : plaques muqueuses, syphilides papulo-érosives. Dans son intéressant rapport au congrès de Londres sur la durée de la période contagieuse de la syphilis, notre très regretté collègue Feulard avait eu le soin de rassembler tous les cas de syphilis secondaires qui se manifestaient encore après quatre années d'infection et qui avaient été des sources de contagion. Dans ce rapport, Feulard cite des observations de plaques muqueuses survenant huit, neuf années après le début de la syphilis. Il rapporte plus loin deux faits encore plus extraordinaires, dus au professeur Fournier. Dans le premier, il s'agit d'un syphilitique atteint, au bout de 18 ans d'infection, d'érosions linguales et d'une syphilide scrotale d'aspect aussi secondaire que possible et communiquant la syphilis à sa femme. Le deuxième concerne un syphilitique, fumeur enragé, qui avait constamment des érosions buccales depuis 17 ans et qui donna également la syphilis à sa femme.

Dans son excellent article sur la syphilis du Traité de médecine de M. Brouardel, M. Balzer dit qu'il a vu plusieurs éruptions de plaques muqueuses de la langue se succéder chez une jeune fille syphilitique héréditaire, âgée de 16 ans. Le même auteur a observé à l'hôpital du Midi deux malades qui avaient eu des séries annuelles de syphilides papulo-érosives, l'un depuis 12 ans, l'autre depuis 18 ans.

Moi-même, j'ai eu l'occasion de voir à ma consultation de dermatologie de l'hôpital Saint-Antoine deux faits de plaques muqueuses tardives. Le premier a été observé il y a 3 ans environ ; j'ai hésité à le présenter à cette époque, parce que je ne connaissais pas d'exemple de plaques muqueuses aussi tardives. Il s'agissait d'un homme qui avait eu, 20 ans auparavant, un chancre diagnostiqué syphilitique par Ricord, suivi d'ailleurs d'accidents secondaires. Au moment où je l'observai, ce malade présentait une éruption de plaques muqueuses hypertrophiques situées autour de l'anus, qu'il était impossible de confondre avec des hémorrhoïdes. Il n'avait aucun autre accident.

Le second fait a trait à une femme de 45 ans qui sait avoir contracté de son mari la syphilis il y a 17 ans. A cette époque, elle eut un chancre aux organes génitaux, suivi

d'accidents secondaires qui revenaient incessamment et pour lesquels elle fut soignée à plusieurs reprises à l'hôpital Saint-Louis. La malade, assez intelligente d'ailleurs, soutient que depuis cette époque, sa bouche n'a jamais été totalement exempte de boutons. Depuis 6 mois, elle présente des plaques muqueuses à la face postérieure de la lèvre inférieure où il existe actuellement deux plaques, chacune de la grandeur de deux lentilles réunies, assez saillantes et avec teinte opaline. A gauche de la pointe de la langue, sur son bord, il existe une autre plaque muqueuse. L'examen du reste de la bouche montre, à la face interne de la commissure buccale droite, la présence de quelques plaques leucoplasiques et sur la face dorsale de la langue, près du bord droit, l'existence d'une fissure avec plaque leucoplasique autour d'elle. Ces plaques leucoplasiques sont bien distinctes des plaques muqueuses précédentes.

Ces cas, rares à la vérité, montrent qu'on ne peut donner patente nette à un syphilitique qui désire se marier, qu'il faut toujours prévenir ce dernier des chances de contamination tardive.

Deux cas d'hérédo-syphilis. — M. G. Thibierge présente deux malades atteints de lésions hérédo-syphilitiques.

L'un est un homme de 37 ans, dont les antécédents héréditaires sont inconnus, mais chez lequel les caractères des lésions ne peuvent laisser de doutes sur leur nature. Les deux tibias sont très tuméfiés et présentent la déformation dite en lance de sabre; la tuméfaction est beaucoup plus développée à droite qu'à gauche ; sur les épreuves radiographiques, le tibia droit est deux fois plus épais que le gauche ; les cubitus sont également tuméfiés; ces lésions osseuses ont débuté à l'âge de 13 ans. En outre, il y a une perforation du pilier postérieur droit, perforation allongée verticalement et mesurant 2 centimètres de haut, qui s'est produit à l'âge de 23 ans. Les bosses frontales sont saillantes, la voûte palatine est ogivale, et présente une exostose médiane très nette. Les dents sont presque toutes tombées; les incisives inférieures, qui persistent seules, ne sont le siège d'aucune déformation. Pas de troubles de la vue, pas de traces de kératite interstitielle ; surdité incomplète liée à un catarrhe de la caisse. Pas d'atrophie testiculaire. Taille : 1 m. 57.

L'autre est un garçon de 6 ans, dont la mère est atteinte actuellement de syphilides gommeuses de la jambe ; ces lésions sont les premières manifestations syphilitiques apparentes qu'elle ait présentées; le père de l'enfant a eu, il y a huit ans, des lésions de la verge et de la bouche reconnues syphilitiques et traitées pour telles pendant trois mois ; à la même époque la mère a été soumise au traitement mercuriel. Un an plus tard, est né un enfant qui est mort à cinq mois avec des troubles cérébraux rapportés à la syphilis par le médecin traitant. L'enfant qui est présenté actuellement a comme stigmates d'hérédo-syphilis une saillie de la bosse frontale droite, une asymétrie faciale avec aplatissement de la moitié gauche du visage, des cicatrices péribuccales, une déformation ogivale de la voûte palatine, une exostose médio-palatine, des déformations dentaires d'apparence banale, une atrophie testiculaire.

Folliculites miliaires rappelant le lichen scrofulosorum chez un tuberculeux. — M. G. Thibierge présente un homme de 45 ans, atteint de tuberculose pulmonaire et de tuberculose osseuse avec foyers suppurés, mais non ouverts, chez lequel il s'est développé depuis un mois des lésions cutanées; ces lésions sont constituées par des pustules miliaires entourées d'une étroite zone rouge, non saillantes, disséminées ou réunies en groupes ; les groupes présentent la forme de placards allongés ou irréguliers, dont l'aspect général et la coloration sont analogues à ceux du lichen scrofulosorum ; mais au lieu d'être formés, comme dans cette dernière affection, de papules brillantes, ils sont uniquement constitués par des pustulettes occupant leur centre et surtout leur périphérie et par des macules rouges brunâtres et des squames minces résultant de l'évolution des pustulettes.

Ces lésions occupent à peu près asymétriquement le dos, surtout à sa partie inférieure, et les fesses. Elles rappellent le lichen scrofulosorum par leur disposition générale et le terrain sur lequel elles se sont développées; d'ailleurs, dans cette dernière affection, on voit des pustules miliaires s'ajouter et succéder aux éléments papuleux et donner un certain degré de polymorphisme. Il s'agit là de lésions rentrant, avec le lichen scrofulosorum, l'acné scrofulosorum, les folliculites isolées ou agminées des tuberculeux, etc., dans un même groupe où les caractères morphologiques sont variables, mais que l'étiologie commune et le développement, chez des sujets plus ou moins nettement tuberculeux, a permis de désigner sous le nom de *tuberculides*.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 mars 1898. — Présidence de M. Aug. Voisin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La Correspondance manuscrite comprend une communication de notre correspondant national M. Hugues, de Saïda (Algérie), sur *quelques observations de fièvre herpétique.* Transmise pour lecture à M. le Dr Leudet.

La Correspondance imprimée comprend les journaux ordinaires auxquels s'ajoutent *Le Centre médical et pharmaceutique, Le Bulletin de la ligue nationale contre l'alcoolisme, L'Intermédiaire des biologistes.*

M. le Dr Roubinovitch lit une communication sur *les variations de forme du cœur dans les affections mentales*, comme travail de candidature au titre de membre titulaire.

Le travail de M. Roubinovitch est renvoyé à une commission composée de MM. Christian, Beni-Barde et de Crésantignes, rapporteur.

La parole est donnée à M. le Dr Roulin qui lit une communication intitulée : *Quel doit être le traitement actuel de la diphtérie*, comme travail de candidature au titre de membre titulaire.

Le travail de M. Roulin est renvoyé à une commission composée de MM. Bouloumié, Dubuc et Brossard rapporteur.

Le président donne la parole à M. Censier qui lit un travail sur **le rhumatisme veineux** (*Sera publié*).

M. Martin-Durr. — M. Censier obtient à Bagnoles-de-l'Orne de très bons résultats du traitement hydro-minéral dans les affections des veines. Mais conclure du bon résultat du traitement hydro-minéral sur certaines affections vagues, survenant sur les membres inférieurs, sans phlébite, sans cordon sensible sur le trajet supposé des veines, à douleur très atténuée, sans œdème, à l'existence d'une lo-

calisation spéciale sur les veines de cette entité morbide peu définie qu'est le rhumatisme chronique, me semble, au lieu d'être un progrès, comme le croit M. Censier, nous rejeter dans l'imprécis et le vague.

Nous savons que les arthritiques ont une pathologie veineuse et une pathologie artérielle, et que, dans les deux cas, cette influence morbide se manifeste par la tendance à la sclérose : phlébosclérose et artériosclérose. Ce processus n'évolue pas tout d'un coup, mais se produit lentement et d'une façon irrégulière sur la continuité du vaisseau.

Il peut être facilement vérifié au microscope dans les stades ultérieurs, avant même la production de phlébites ou de varices.

Le début de ce processus de sclérose se manifeste par des *spasmes irréguliers et passagers des vaisseaux*, ce qui est la marche normale dans les affections des parois vasculaires, exemple le spasme de la fémorale dans la fièvre typhoïde (Potain), le spasme de la radiale dans le choléra (Variot : *Soc. médic. des Hôpitaux*, 1893; Martin-Durr : *Revue de médecine*, 1893). Ce processus de sclérose, auquel sont soumis les arthritiques, ne suffit-il pas à expliquer les phénomènes dont M. Censier a été le témoin ? Au lieu de créer une entité nouvelle, vague et imprécise, « le rhumatisme veineux », n'est-il pas plus logique de considérer ces phénomènes survenant sur les veines chez des arthritiques, d'une façon passagère, irrégulière et atténuée, comme ressortissant au premier stade de la phlébosclérose, celui des *spasmes irréguliers et douloureux de la paroi veineuse ?*

Je donne mes soins, entre autres cas semblables, à une dame de 60 ans qui présente justement les phénomènes dont nous a entretenus M. Censier. Arthritique avérée et fille d'arthritique, elle ne présente aucun symptôme de rhumatisme chronique. De par son arthritisme elle fait de la sclérose, et c'est même à cette heureuse circonstance qu'elle doit d'avoir cicatrisé, il y a vingt ans, une tuberculose commençante diagnostiquée par un de nos maîtres. Pourquoi M. Censier veut-il que j'étiquette ce cas « rhumatisme, » terme vague et imprécis au lieu du terme logique, avec nos idées anatomopathologiques actuelles, *spasmes irréguliers et douloureux du premier stade de la phlébosclérose?*

Dans le cas auquel je fais allusion, la seule thérapeutique qui ait réussi n'a pas été la médication rhumatismale, mais celle qui a été dirigée contre le spasme vasculaire.

Je présenterai, dans une prochaine séance, quelques considérations plus détaillées.

M. Jullien fait remarquer que les varices sont fréquentes chez les rhumatisants, mais il ne pense pas qu'il faille faire entrer les varices dans le rhumatisme.

M. Censier répond qu'il y a des phlébitiques rhumatisants et des rhumatisants qui ont des phlébites à répétition.

M. Jullien demande à M. Censier s'il a des arguments tirés d'examens nécroscopiques. Il voudrait connaître l'anatomie pathologique de ce rhumatisme veineux.

M. Martin-Durr demande si le cœur a été examiné.

M. Censier répond qu'il y a souvent des troubles.

Pour M. Martin-Durr, la fluxion veineuse signalée par M. Censier peut n'être qu'une menace de varices.

M. Jullien demande si toutes les fluxions veineuses sont du rhumatisme et des accidents semblables ont-ils été observés chez des non-rhumatisants?

M. Censier avoue qu'il en a observé chez des arthritiques nerveux.

On reprend la **discussion sur la transmission de la syphilis à la IIIe période.**

Agitation maniaque datant de quatre ans et demi chez un enfant de 5 ans. Guérison rapide par l'iodure de potassium. — M. Auguste Voisin. L'enfant R..., âgé de 5 ans, m'est amené, le 16 octobre 1897, dans un état d'agitation excessive; il va, vient, se sauve en criant lorsque je l'appelle; sa mère est obligée de le prendre de force pour que je puisse l'examiner.

Il articule mal quelques mots.

Comme antécédents : père et mère bien portants. Impossible de savoir s'ils ont eu, l'un ou l'autre, la syphilis.

Une sœur morte de diphtérie.

Une autre sœur et un frère sont en bonne santé. Il a eu à six mois des convulsions qui ont duré quatre jours pendant lesquels il est resté dans le coma.

Sa croissance s'est arrêtée pendant plusieurs mois, puis est survenue l'agitation susdécrite qui n'a pas cessé depuis.

Dès le premier jour je lui ai fait donner 0 gr. 50 d'iodure de potassium par jour. Cette dose a été portée en un mois à 2 gr. 25 par jour.

L'agitation a diminué progressivement en deux mois.

4 mars. L'enfant est aussi calme que possible. Il n'est plus bruyant, mobile. Il va à l'école, il trace des caractères; on est content de lui.

Il n'a pas de secousses convulsives, pas de vomissements. Il n'a plus cet état de colère dans lequel il était, s'approche de nous sans résistance et ne crie pas. La dose d'iodure de potassium est abaissée à 1 gramme par jour. L'enfant porte sur la face de l'acné ioduré.

En résumé, la rapidité d'action thérapeutique de l'iodure de potassium sur les phénomènes graves observés chez l'enfant m'a donné l'idée que la cause de cet état morbide était la syphilis héréditaire; la discussion sur l'hérédo-syphilis m'a remis en mémoire cette observation dans la pensée que mes collègues auraient peut-être observé des cas semblables.

M. Rougon demande si M. Voisin a eu d'autre preuve de la syphilis chez les parents de son malade que l'effet de l'iodure de potassium sur le jeune malade dont il vient de relater l'histoire.

M. Voisin réplique que, malgré ses efforts, il n'a pu avoir de renseignements précis de la part des parents. Mais, étant donné que les intéressés nient toujours, on doit certes accorder une valeur à l'effet thérapeutique de l'iodure de potassium.

M. Buret lit la note suivante : **La syphilis tertiaire est-elle transmissible directement ou par voie d'hérédité?** (*Sera publié.*)

M. Jullien demande à apporter sa réponse à la séance prochaine.

M. Martin-Durr fait observer combien il est difficile de suivre une famille pendant trois générations. Toutefois, nous pouvons chercher, dans l'histoire des familles royales, des exemples propres à éclairer notre religion. François Ier n'a qu'un fils, Henri II, qui lui-même a 7 enfants, dont 4 fils qui ne peuvent, aucun d'eux, procréer des enfants mâles. Tous ces princes royaux, en plus de leur stérilité, présentaient des marques multiples et variées de dégénérescence et de faiblesse intellectuelle. La dynastie des Valois s'éteint avec eux et, s'il est on ne peut plus difficile, si même cela est possible, de prouver que la syphilis s'étend comme sy-

philis sur la troisième génération, M. Martin-Durr croit que son influence se fait sentir par la tendance à la dégénérescence et à la suppression de la race.

M. Jullien. L'hérédité première est une exception, encore plus sera rare l'hérédité seconde. Tout le monde admet, à part Ogilvie, qu'il y ait des détraqués, des *minus habentes* dans les héritiers des syphilitiques. En tous cas la syphilis ne saurait sauter une génération. Il rappelle qu'un professeur, ayant eu la syphilis dans sa jeunesse, craignait, alors que sa fille était restée indemne, d'avoir contaminé héréditairement sa petite-fille. M. Jullien ne croit pas à ces cas-là. Il faut en tous cas bien spécifier que l'on ne saurait considérer comme syphilitiques que les individus que le mercure améliore.

Le secrétaire annuel : Sibut.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 30 novembre 1897. — Présidence de M. Leroux.

La Correspondance comprend une lettre d'excuses de M. Valude, de ne pouvoir assister à la séance, et une lettre de démission de M. Beurnier. Cette dernière est acceptée. M. le secrétaire général fait part de la dernière séance du conseil des Sociétés d'arrondissements : elle a été consacrée encore en entier à l'affaire du D^r^ Laporte : celui-ci ne s'est résolu que dans l'intérêt du corps médical à faire appel, et il désire vivement que le silence se fasse dans la presse sur ce sujet.

M. Le Bec fait une communication sur un cas de *Déchirure du cartilage semi-lunaire interne du genou, guéri par l'ablation.*

M. Potherat. Il y a quatre ans, à la suite d'une chute grave, je crois avoir eu pareille lésion : pendant dix-huit mois, il s'est produit de temps à autre un arrêt brusque dans la flexion, puis tout est rentré dans l'ordre.

M. Le Bec fait une seconde communication sur un *Kyste congénital du cou* (V. *France médic.* n° 7, p. 97).

M. Monnier. J'ai assisté M. Verchère dans son opération à laquelle fait allusion M. Le Bec. C'était un cas absolument identique à celui que vous venez d'entendre, avec cette petite différence qu'il plongeait plus profondément, à 4 centimètres au moins, dans le médiastin ; cette partie fut sagement laissée en place et bourrée de gaze iodoformée : l'enfant guérit très bien.

M. Potherat. Quoique dans l'examen histologique il ne soit pas mentionné tous les éléments de l'ectoderme, c'est certainement un kyste congénital, car il en a la caractéristique, d'aller jusqu'au squelette profond.

J'ai observé un cas dont le siège était la région sous-claviculaire et qui pénétrait à travers les deux pectoraux et le premier espace intercostal jusqu'au médiastin et probablement à la colonne vertébrale : la portion extra-thoracique enlevée je suturai l'autre à la peau : l'enfant guérit, mais après fistulisation pendant trois ans.

A ce propos je dirai que je préfère ouvrir ces kystes presque immédiatement après l'incision de la peau : la dissection s'en trouvant plus facile.

M. Le Bec. Je préfère également ouvrir de bonne heure la poche kystique : j'ai été heureux dans mon cas de voir les portions restantes disparaître sans proliférer.

M. Potherat. A propos de kystes, j'ai observé un homme de 79 ans atteint d'un kyste rétro-maxillaire, amenant des accidents de suffocation et dont je retirai par ponction 1500 grammes de liquide rougeâtre. Je dus faire 12 ponctions en 5 ou 6 mois, puis le malade mourut d'épuisement ; après chaque ponction je n'ai jamais senti la moindre grosseur.

Je citerai également un kyste lymphoïde du pli de l'aine très énucléable.

M. Le Bec. J'ai dernièrement enlevé un kyste lymphoïde de l'aine ayant perforé le fascia cribriformis, chez une femme de 35 ans, avec un plein succès.

M. Leroux lit une note sur un cas d'*arthropathie tabétique*.

M. Potherat. Ce malade avait tous les signes d'une fracture du col du fémur ; malheureusement le long espace de 35 ans entre la chute et l'apparition de l'arthropathie empêche d'établir une relation directe entre les deux faits. C'est à rapprocher d'un cas que j'ai observé chez Trelat : double fracture du col à 1 an d'intervalle chez une femme qui devint dans la suite nettement tabétique.

Je suis de l'avis de M. Leroux : c'est que la syphilis est beaucoup moins souvent que ne le croit M. Fournier la cause du tabes.

La séance est levée.

Un des secrétaires annuels : L. Monnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mars 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Des abcès du foie. — M. Walther. M. Loyson a adressé un mémoire sur 21 abcès du foie : deux cas guéris spontanément, 5 méconnus et découverts à l'autopsie, 14 diagnostiqués pendant la vie et opérés. La résorption spontanée des abcès du foie est rare.

La présence d'un épanchement pleurétique peut encore rendre plus difficile le diagnostic. La ponction elle-même peut laisser dans l'indécision. Elle est cependant indispensable et M. Loyson indique le trocart ayant ramené du pus comme excellent conducteur.

On agit généralement dans deux conditions différentes : ou il y a une tumeur thoracique ou une tumeur abdominale. Il vaut donc mieux agir sur la tumeur plutôt que le long d'un trocart, faire une laparotomie transpleurale ou une laparotomie directe. Ce n'est qu'après incision de la paroi qu'il pourra être utile de faire une ponction exploratrice ou directe du foie. On a dit qu'elle offrait des avantages même quand on ne rencontre pas de pus. Elle est une véritable saignée du foie, qui le décongestionne et peut enrayer les accidents. Ce fait a été vérifié plusieurs fois dans les congestions du foie des pays chauds.

Sur les 14 opérés il y a eu 6 morts et 8 guérisons. L'examen bactériologique a été fait dans 7 cas, une seule fois il existait du pus microbien. De là, nécessité de se garantir pendant l'intervention autant que possible des inoculations opératoires.

M. Robert. J'ai toujours regardé la résection du bord inférieur du thorax de Lannelongue comme la méthode préférable pour arriver sur les suppurations hépatiques. Mais les sutures s'infectent successivement et on les voit peu à peu s'élever et laisser les côtes à découvert.

Aussi je pense que la transpleurale dans les cas d'abcès limités mettra davantage à l'abri de ces accidents

M. Walther. Je suis intervenu souvent par résection costale — et toujours je l'ai faite large — je dois dire que je n'ai jamais observé de nécrose ou de désunion des lèvres de la plaie. Il est vrai que je fais toujours la suture des deux lèvres de la plaie avant d'inciser le diaphragme, c'est peut être à cela que j'ai dû d'éviter l'inoculation secondaire.

Corps étrangers de l'urèthre. — M. Bazy fait un rapport sur une observation adressée par M. Broussin (de Versailles). Un jeune homme de 20 ans, s'étant introduit une épingle à chapeau par l'extrémité mousse dans l'urèthre, fut amené avec la pointe de cette aiguille fichée à 2 centimètres du méat. Après avoir dégagé la pointe de la paroi uréthrale, on put la coiffer d'une sonde à bout coupé, et en ramenant la verge en arrière la pointe vint sortir par le méat et l'épingle fut facilement enlevée.

Péritonite par perforation. — M. Kirmisson. Un jeune enfant fut amené à l'hôpital avec diagnostic d'appendicite. Les phénomènes étaient peu marqués. Sous le chloroforme on ne trouva ni tuméfaction, ni empatement à droite, mais sur la paroi à gauche on voyait se dessiner un relief mal fait, rétinent. Ce n'était donc pas une appendicite, mais une péritonite plus ou moins bien localisée. Je fis donc une incision médiane. A peine sur la face externe du péritoine, sortit une odeur de matières fécales, lesquelles s'écoulèrent en abondance. Je déroulai les anses de l'intestin grèle, et je rencontrai dans la partie moyenne de l'intestin grèle une toute petite perforation. Je fermai par un double point de suture, puis après un lavage abondant de la cavité abdominale, je fermai le ventre avec drainage. Les suites furent simple et le sixième jour sortit une notable quantité de matières fécales par l'orifice du drainage. Cette fistule persista quelques temps puis peu à peu se ferma. Quelle est la cause de cette perforation, sans incidents, sans presque de symptômes. Il est bien difficile de le dire. La guérison n'est pas moins intéressante.

Gastrectomie et gastro-entérostomie. — M. le Dr Monprofit (d'Angers). J'ai pratiqué dernièrement l'ablation d'une volumineuse tumeur de l'estomac occupant environ le tiers de l'organe. Après avoir réséqué la partie malade de l'estomac et sectionné le duodénum, j'ai craint de ne pouvoir rapprocher les organes qu'au prix de tractions trop fortes pour pouvoir espérer une bonne réunion. J'ai fermé l'estomac par deux surjets, et fermé de même le duodénum; ensuite, j'ai recherché le jéjunum et je l'ai sectionné en travers, à l'exemple de Roux (de Lausanne), et j'ai pratiqué, selon son procédé, une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure en Y.

Le résultat ainsi obtenu est trés satisfaisant; le seul inconvénient relatif est la longueur de l'intervention. Cependant, bien que ma malade ait été deux heures sous le chloroforme, elle a supporté très facilement l'opération. Les suites ont été aussi simples que possible. Je n'ai à signaler qu'une faim extraordinaire, qui a poussé ma malade à prendre des aliments en abondance dès les premiers jours. Je ne m'y suis d'ailleurs opposé en aucune façon, et quinze jours après l'opération, la malade est en très bon état, mange comme toutes les autres malades du service et a déjà repris un embonpoint notable.

Après avoir eu recours, d'une façon presque exclusive, à la gastro-entérostomie dans le traitement des néoplasmes gastriques et pyloriques, je suis absolument décidé à recourir à la *gastrectomie* toutes les fois qu'elle sera possible.

Si la gastrectomie est peu étendue, je suis d'avis de réunir directement le duodénum à l'estomac, comme je l'ai fait dans une pylorectomie pour sténose cicatrielle. Mais si la portion d'estomac enlevée est considérable, le meilleur, à mon sens, est de pratiquer la gastro-jéjunostomie.

Comme procédé de gastro-entérostomie, je donne de beaucoup la préférence au procédé de Roux (de Lausanne), qui nous débarrassera, je l'espère du retour de la bile dans l'estomac, si ennuyeux dans les autres procédés.

J'emploie toujours, bien entendu, les *sutures* en surjet à la soie, à l'exclusion de toutes les variétés de *bouton*, et je n'ai eu jusqu'ici qu'à m'en louer.

Névralgie du moignon.—Résection des racines postérieures. Guérison.— Présentation du malade par M. Monod.

Gastro entérostomie. — Présentation du malade par M. Hartmann.

Maladie osseuse de Paget. — Présentation du malade par M. Hartman.

Arthrite diabétique de la hanche. — Présentation du malade par M. Hartman.

VARIÉTÉS

Le Dr Paul-Louis Duroziez (1826-1897)
Sa vie, ses œuvres (1)

Par le Dr de Beauvais.

(*Suite*) (1)

Le 28 novembre, moins de quinze jours après, Duroziez prononçait ici presque ses dernières paroles à propos de la pneumonie des vieillards traitée par les bains froids, et disait, avec une conviction profonde qui révélait sa foi persistante et inébranlable dans la pratique d'un maître qu'il a vénéré, même dans ses excès, jusque dans les dernières années de sa vie. « La saignée, disait-il, est beaucoup « mieux tolérée qu'on ne croit. On retire du mauvais sang, « on n'introduit rien de dangereux, rien dont on ne peut « calculer la portée. Un poumon est engorgé, on le vide, « quoi de plus naturel et de plus inoffensif ? Il suffit de « s'arrêter à temps. Nous ne pouvons pas l'impossible. « Jamais on ne vous reprochera une saignée, on vous re« prochera un bain froid ; vous êtes condamnés à guérir, « et quel est cependant le médecin qui peut garantir la « guérison, surtout des individus âgés de 68 ans et plus. »

J'ai tenu à vous citer textuellement ces paroles typiques qui reflètent bien le caractère et le tempérament d'un vieux praticien attaché fermement aux principes transmis par ses maîtres ; elles étaient inspirées par une communication curieuse faite par M. Voisin, notre président, son contemporain, au sujet d'une pneumonie double, avec hypothermie, adynamie et muguet, chez une aliénée chronique, âgée de 68 ans, traitée et guérie, en trois jours, par des bains froids à 25°, puis à 22°, à raison de trois bains de dix mintues par 24 heures.

(1) V. *France médicale* 1898, n° 10.

Chose bizarre, l'éminent professeur Robin vient de réhabiliter la saignée, les vomitifs et les vésicatoires dans une récente communication à l'Académie de Médecine.

Combien Duroziez l'eût accueillie avec enthousiasme?

Pendant près de trente ans la Société de Médecine de Paris à été la tribune de prédilection dans laquelle il se plaisait à donner la primeur de ses travaux et les résultats de ses nombreuses observations, que sa veuve conserve religieusement.

Il a été la providence de nos ordres du jour en défaillance, toujours prêt qu'il était à prendre la parole et à nous tirer d'embarras.

A la même époque, un médecin d'immense talent, qui présente avec Duroziez une analogie frappante, Duchenne de Boulogne, communiquait à notre chère société ses premiers travaux sur le système nerveux, les affections des muscles et l'application de l'électricité. Ces deux hommes qui avaient besoin d'un vaste champ clinique, qui n'étaient pas et n'ont jamais été médecins des hôpitaux, cherchaient chaque jour dans les services de médecine, avec une persistance inébranlable, des malades atteints des affections, dont ils étudiaient la marche, avec autant d'ardeur que de sagacité, la nature et la séméiologie, malgré les obstacles, les difficultés qu'ils pouvaient éprouver parmi les élèves et quelquefois aussi près de certains chefs de service.

Rien ne les rebutait et ils continuaient impertubablement leur pélérinage dans les salles, recueillant avec soin et persévérance les observations spéciales qui convenaient et servaient à leurs travaux, poursuivant leurs études pendant des années entières.

C'est dans ce courant d'idées que plusieurs médecins ont appelé spontanément, comme moi, Duroziez le Duchenne des maladies du cœur, entr'autres MM. Huchard et Landouzy:

Au 1er février 1870, Duroziez figure sur nos bulletins comme secrétaire annuel avec Antonin Martin. D'abord vice-président en 1881, il est élu président pour 1882. En prenant place au fauteil le 14 janvier, il dit qu'il doit ce grand honneur à son entier dévoûment à la société, à son assiduité constante, car, depuis 15 ans, il ne croit pas avoir manqué à plus de deux séances.

Duroziez professait pour le cœur un culte immuable, profond et réel. « Tant que son cœur battra, disait le regretté Wickam, notre collègue, il auscultera celui des autres. »

A propos de la galvanisation du cœur, Duroziez dit qu'il la considère comme indiquée dans la syncope, dans la dégénérescence graisseuse, dans l'asystolie, dans la congestion passive des cavités cardiaques; il ajoute : « Le cœur, séparé de toutes les autres parties du corps, est agité par des mouvements alternatifs; après la mort même, le principe du mouvement n'est pas éteint dans cet organe, l'irritation, la chaleur, une impulsion le raniment, ainsi le cœur survit à lui-même et aux autres parties. » Bichat élève le cœur jusqu'à la dignité de second cerveau, il en a fait un centre nerveux, presque indépendant et, s'il fait l'un d'eux sujet, c'est le cerveau qui ne sait vivre s'il n'est agité par le cœur.

Ce merveilleux organe inspirait à Duroziez une sympathie, une admiration, qu'il ne pouvait s'empêcher d'avouer et de proclamer avec une conviction entrainante. Il le considérait, non sans raison, comme un être à part dans l'organisme, doué d'une moitié mâle, le ventricule gauche, d'une moitié femelle, le ventricule droit; la première calme, régulière et pondérée; la deuxième, nerveuse, impressionnable, souvent désordonnée, dont la fréquence du pouls trahit le trouble. Le cœur droit s'affole facilement; le gauche, plus modéré, n'éprouve pas ces emportements.

Dans son mémoire original sur la dualité du cœur, notre regretté confrère compare les quatre cavités à quatre chevaux attelés à un même char. Dans un pareil attelage, dit-il, l'équilibre doit se rompre facilement et les mouvements mal combinés doivent se produire souvent. Pour lui la vie, l'existence du cœur, ses actes n'avaient pas de secrets; comme un dilettante, il notait son langage normal, ses bruits morbides, j'allais presque dire ses plaintes, ses cris, de souffrance et il les traduisait d'une façon aussi caractéristique qu'expressive.

Nul mieux que lui n'a su préciser leur siège, leurs modulations, leur étendue, leur direction, indiquer leur valeur et leur signification pathologique.

Nul mieux que lui n'a su indiquer aux élèves l'endroit favorable pour l'auscultation, les guider au milieu de ce chaos de bruits multiples et, enfin, leur révéler des endroits inexplorés pour leurs recherches et en tirer des déductions diagnostiques aussi curieuses qu'inattendues. Il nous a fait connaître les rapports intimes du cœur et du sternum dans leurs lésions connexes, le point précis où bat la pointe du cœur, où il faut la chercher, les divers mouvements, les erreurs que peuvent faire commettre les interpositions anormales du poumon droit et du lobe gauche du foie.

Tous ces détails importants sont donnés avec une netteté remarquable, je dirai même incomparable.

La palpation, la percussion directe et l'auscultation se prêtant un mutuel secours, lui fournissaient des renseignements précis, que d'autres observateurs, moins attentifs, moins exercés et moins habiles, laissaient par suite dans l'ombre au préjudice d'un diagnostic complet et pleinement justifié.

Pendant les vingt-neuf années que Duroziez a consacrées à notre Société, il a produit un nombre considérable de mémoires, ayant presque tous pour sujet les maladies du cœur. Depuis longtemps nous le sollicitions vivement de réunir, de condenser en un volume ces travaux isolés, de leur donner un corps, un ensemble. Il céda enfin à nos pressantes instances et, en 1891, il se décida à publier son *exegi monumentum*, un traité clinique des maladies du cœur, qui fut édité par le libraire Steinhel et très apprécié du public médical.

Cet ouvrage reçut presque immédiatement la sanction de l'Institut et de l'Académie de Médecine et valut à son auteur une double récompense : le prix Montyon et le prix Itard.

Le 26 décembre 1891, le président, M. Leudet, fit part à la Société de Médecine de Paris de cette heureuse nouvelle, et ajouta cette précieuse appréciation. Par l'originalité de son esprit, par l'indépendance de son caractère, notre cher collègue n'appartient, de près ou de loin, à aucune église. Son œuvre est personnelle, ses succès bien à lui?

La Société de Médecine de Paris désirant reconnaître pour sa part le labeur infatigable, labeur dont elle avait si largement bénéficié, lui décerne, par une faveur exceptionnelle, une Médaille d'or, le 13 février 1892, sous la présidence de M. Dubuc. Duroziez, très ému de ce témoignage si touchant de sympathie et d'estime particulière, remercie

chaleureusement ses affectionnés collègues dans une lettre écrite sous l'inspiration et dans le langage de son auteur favori, Rabelais, dont il devait patroner, de façon si originale, la candidature comme membre correspondant, le jour de la célébration solennelle de notre centenaire. Vous vous en souvenez encore.

Déjà, en 1889, sur ma demande particulière et sous la présidence du vénéré M. Perrin, le bureau décida, avec l'assentiment unanime de la Société, de faire une démarche officielle près du ministre de l'Intérieur, pour solliciter la croix de la Légion d'honneur en faveur de notre excellent collègue.

Le président et M. Abadie, vice-président, se rendirent au Ministère, appuyés de M. Arthur Leroy, député de la Côte-d'Or et de M. Baudot, maire du 1er arrondissement.

Cette première démarche échoua. L'année suivante M. Abadie, président et M. Leudet, vice-président, renouvelèrent près de M. Constans, alors ministre, cette honorable tentative qui n'eut pas plus de succès que la précédente.

En 1894, un incident des plus curieux se produisit. Il m'a été révélé par l'auteur, M. A. Leroy, le député déjà cité, ami intime de la famille Duroziez, et j'estime qu'il mérite de vous être raconté, car il amena la réussite imprévue de notre demande aussi pressante que justifiée.

Ne se tenant pas pour battu, M. Arthur Leroy se représenta au Ministère, c'est M. Charles Dupuy qui le reçût alors.

Il venait lui raconter que le jour de l'attentat commis à à la Chambre des députés, à la suite de l'explosion de la bombe lancée par un anarchiste, le président s'était écrié : « Messieurs, la séance continue ! ! » et que ce beau trait de sang froid avait été communiqué par lui, dans une lettre spéciale, à de ses amis, officiers au Sénégal. Ceux-ci, très émus de cet admirable trait de courage et de présence d'esprit, décidèrent, par acclamation, de nommer M. Charles Dupuy caporal de leur compagnie, et c'était cette bonne nouvelle que venait lui porter M. Leroy.

Ce récit inattendu impressionna vivement l'ancien président de la Chambre des députés, devenu ministre de l'Intérieur. Il chargea M. Leroy de remercier cordialement ces braves officiers et de leur réclamer l'envoi de ses galons.

Puis, se tournant vers l'honorable M. Leroy, il lui dit : « Vous n'avez donc rien à me demander ? » Le fin député, profitant de cet élan imprévu de sensibilité, répondit : « Si, Monsieur le Ministre, je viens solliciter pour la troisième fois la croix de la Légion d'honneur pour le vénérable docteur Duroziez, dont les titres nombreux et anciens égalent le dévoûment infatigable. Vous ferez là un acte de justice et me causerez un grand bonheur. » — C'est entendu, je vous l'accorde, répondit simplement le Ministre. — Il était temps, quinze jours après le Ministère était changé.

Le 4 janvier 1895, la nomination paraissait à l'*Officiel*. C'était bien tardivement, il est vrai, et, chose étrange, cette suprême distinction si enviée, est arrivée à cet excellent Duroziez comme au grand poète Barbier, l'auteur célèbre des Iambes, qui a été décoré à 70 ans aussi. En arrivant au Ministère de l'Instruction publique, M. Bardoux répara cet oubli incroyable et porta lui-même la croix de la Légion d'honneur, dans son modeste domicile, au septuagénaire ému autant qu'étonné d'une pareille sympathie.

Messieurs, en honorant de tels hommes, une Société s'honore elle-même. Le Ministre, en récompensant si légitimement Duroziez, récompensait notre Société tout entière. Vous me permettrez, je n'en doute pas, de remercier publiquement ici M. le député Arthur Leroy, de lui adresser le témoignage sincère de notre vive reconnaissance pour son généreux concours et pour le succès si désiré de ses pressantes interventions.

La réparation a été tardive, je le répète, mais elle a été complète et la Société de médecine de Paris, heureuse et fière de ce résultat si longtemps attendu, s'y est associée tout entière et à fait à notre affectionné collègue les plus chaleureuses félicitations, dans la séance du 12 janvier 1895, présidée par M. Christian.

Chers collègues, il n'a manqué, à ce savant aussi modeste que bon et laborieux, que des titres officiels pour arriver à l'Académie de médecine, car son bagage scientifique était plus que suffisant pour lui permettre de briguer ce poste envié, si son impeccable modestie, sa timidité indomptable, ne l'avaient toujours éloigné de l'idée de solliciter, selon l'usage, les suffrages des plus illustres membres de cette Compagnie, qui le connaissaient presque tous particulièrement et l'appréciaient à sa juste valeur. Bien d'autres, moins modestes, plus hardis et d'un bagage plus léger, n'ont pas craint de se faire inscrire sur la liste des candidats et sont parvenus à se faire accepter et élire à des titres divers.

Depuis la mort de notre cher camarade, plusieurs académiciens m'ont témoigné le regret que Duroziez soit resté toute sa vie si humble, si défiant de lui-même et ne se soit pas présenté à l'épreuve de leurs suffrages, qui ne lui auraient pas fait défaut, je n'en doute pas.

Messieurs, à propos du traité clinique de notre cher collègue, je répèterai avec le Dr Raymond Durand Fardel : L'ouvrage publié par Duroziez n'est pas un traité didactique des maladies du cœur, mais une sorte d'enseignement familier, comme on peut le faire à la visite d'hôpital. On sent que l'auteur a fouillé passionnément son sujet, qu'il n'a pas accepté aveuglément les opinions transmises par les maîtres, mais qu'il les a contrôlées au lit du malade. Comme il le dit dans sa préface, selon l'axiôme du grand clinicien Trousseau, le médecin voit des malades et non des maladies.

La première partie du traité contient les données anatomo-pathologiques nécessaires à connaître pour comprendre le mécanisme des troubles cardiaques.

La deuxième partie démontre, dans un chapitre très intéressant de séméiotique, que l'auteur s'est appliqué à se faire une méthode personnelle d'examen du malade. On y trouve déjà les découvertes originales auxquelles le nom de Duroziez restera toujours attaché ; le claquement présystolique des veines crurales, le double souffle intermittent.

Viennent ensuite les différents types cliniques divisés en lésions des membranes, rétrécissements et insuffisances, lésions combinées, lésions de l'aorte, le rétrécissement mitral pur décrit pour la première fois, par l'auteur, en 1877, d'origine congénitale, qu'il faut distinguer du rétrécissement mitral rhumatismal, saturnin et caractérisé par la constance et la pureté des bruits et du rythme, de plus spécial à la femme. A noter la description du grand cœur rhumatismal montrant bien l'imprégnation de tout l'organe par le rhumatisme, et combien il faut faire bon marché ici de la mécanique cardiaque isolée.

Nous ne saurions tout analyser dans ce résumé succint et

vous me pardonnerez les omissions que j'ai dû faire. Le chapitre du traitement est surtout une étude consciencieuse et pratique de la digitale, sujet qu'il a particulièrement affectionné dès sa thèse inaugurale, et qui lui a mérité le prix Corvisart, en 1852. Il esquisse rapidement l'histoire des autres médicaments cardiaques si nombreux depuis quelques années ; il s'efforce de rappeler que l'usage de l'iodure de potassium a été introduit dans le traitement des maladies du cœur par M. le professeur Bouillaud, et réclame la priorité pour lui.

En somme nous dirons selon l'expression heureuse et vraie du Dr Capitan : C'est un livre *vécu*. Rien n'y est banal, rien n'est laissé à la fantaisie. On peut parfois différer d'avis avec l'auteur, mais on ne saurait le lire sans un vif intérêt.

(*La fin au prochain numéro*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Association médicale mutuelle du département de la Seine.

L'Association médicale mutuelle a tenu son assemblée générale annuelle dimanche 6 mars dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Descoust.

Voici les principaux passages du discours du président :

Messieurs et chers confrères,

Je vous remercie du très grand honneur que vous m'avez fait en me nommant, le 7 mars 1897, Président de l'Association médicale mutuelle. Je ferai tous mes efforts pour justifier votre confiance et augmenter la prospérité de notre Société.....

J'estime que les rouages administratifs d'une association aussi nombreuse que la nôtre doivent être simples et robustes et constituer une machine facile à mettre en mouvement et à diriger par n'importe lequel d'entre nous. Nous étudions en ce moment l'amélioration à introduire dans notre administration et j'ai bon espoir que nous arriverons à simplifier, au point de vue pratique, la marche de nos différents services et tout cela en respectant scrupuleusement les statuts.

Avec des collaborateurs comme Signez, Fissiaux, Hennocque, Thoumas et Nogué, j'ai la presque certitude d'y arriver sans peine, car leur dévouement aux intérêts de l'Association est sans limites et je sais qu'on peut y faire largement appel.....

D'ailleurs le développement progressif de notre Association exige absolument le concours de tous sans exception, et, en dehors du Bureau, nous comptons sur le zèle des administrateurs dont les délicates fonctions sont des plus importantes et intéressent au premier chef la vitalité de notre Société.....

Notre excellent trésorier, le Dr Fissiaux, vous dira tout à l'heure chiffres en main combien notre situation est prospère et, chose importante, avec quelle régularité croissent nos réserves malgré les nombreuses journées de maladie payées chaque année par la caisse sociale. Il est certain maintenant que notre fortune ira toujours en augmentant, et nous devons souhaiter qu'elle devienne rapidement assez considérable pour que les revenus de notre capital soient suffisants pour indemniser tous nos malades.

Quand nous serons arrivés à ce degré de prospérité, nous pourrons probablement étendre les avantages de notre mutualité sans nuire au but fondamental de notre Association, qui est de servir à tout malade une indemnité journalière de dix francs quelle que soit la durée de la maladie.

Ce sont là des rêves, allez-vous dire, mais veuillez m'en croire, ils se transformeront en réalité plus tôt que vous ne pouvez le penser, car vous avez en main un instrument merveilleux de souplesse et de solidité.

Notre Association mutuelle n'est en effet grevée d'aucune des charges médicales et pharmaceutiques qui pèsent sur les autres mutualités, quels que soient les efforts que celles-ci fassent pour les réduire au minimum en rognant sur tout et notamment sur les honoraires de leurs médecins.

Notre situation est donc unique dans les annales de la mutualité. Nous tenons la tête du mouvement, efforçons-nous de la conserver. En attendant, je suis certain d'être votre interprète à tous en adressant, en votre nom, nos meilleurs souhaits de bienvenue aux nouveaux sociétaires dont l'admission définitive vient d'être ratifiée par votre vote. La caisse sociale leur souhaite, par la bouche de notre trésorier, une bonne santé perpétuelle.

Avant de terminer il nous faut remercier sincèrement M. le sénateur Ratier et M. Robin, avocat, pour les excellents conseils qu'ils nous ont toujours donnés comme membres actifs de notre conseil juridique et pour leur assiduité à notre assemblée générale.

Nous manquerions à nos devoirs si nous n'adressions pas à M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté, tous nos remerciements pour l'hospitalité qu'il a donnée à nos réunions mensuelles ainsi qu'à nos assemblées générales.

Il me reste en terminant un devoir à remplir, c'est de saluer la mémoire d'un de nos membres honoraires, M. le Dr Péan qui s'était toujours intéressé aux progrès de notre Association.

L'association médicale mutuelle compte actuellement 409 membres participants. Elle a dans sa caisse de réserve au 1er janvier 1898 la somme de 227.000 francs.

Les administrateurs espèrent voir cette réserve augmenter dans des proportions suffisantes pour que l'indemnité de maladie de chaque année soit payée par le revenu des sommes réservées et cela dans peu d'années. Ils proposeront alors aux membres de l'Association de modifier les statuts en y ajoutant qu'il y a lieu d'établir un système de pension de retraite à servir aux associés à partir d'un certain âge, après un certain temps de sociétariat.

Cette intéressante institution désirée par tous sera le complément logique de l'œuvre si belle et si prospère fondée par le Dr Lagoguey.

Que les jeunes s'empressent d'entrer dans l'Association ; plus tôt il entreront et plus tôt il leur sera permis de participer aux avantages de la retraite après avoir joui, pendan la période de la plus grande activité médicale, de la douce sécurité que donne l'assurance contre la maladie.

Le bureau pour l'année 1898 est ainsi constitué :

Président. — Dr Descoust, 37, rue Etienne-Marcel.

Vice-Présidents. — Dr Peyrot, chirurgien des hôpitaux, et Dr Laborde, membre de l'Académie de médecine.

Secrétaire général. — Dr Signez, 123, boulevard Voltaire.

Secrétaires. — Dr Thomas et Nogué.

Trésorier. — Dr Fissiaux, 10, rue Martel.

Trésorier adjoint. — Dr Hennocque, 49, boulevard Magenta.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. le professeur Guyon.

M. Albarran, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies de voies urinaires.

Ecole de médecine d'Angers. — M. Feillé, professeur de clinique médicale, est admis sur sa demande, et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Feillé est nommé professeur honoraire.

M. Jagot, professeur de pathologie interne, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Feillé, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS POUR DEUX PLACES D'ACCOUCHEUR. — Ce concours sera ouvert le lundi 23 mai 1898, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription restera ouvert de midi à trois heures, du 25 avril au samedi 7 mai.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront, sous la direction de M. le Dr Quénu, directeur des travaux scientifiques, le lundi 18 avril 1898.

Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication de l'affiche.

La patente des médecins. — La commission du budget de la Chambre des députés, ne sachant comment terminer le budget le plus informe qui ait vu le jour dans le monde parlementaire, avait proposé d'augmenter encore la patente des médecins. C'était bien trouvé : compter sur les médecins pour remplir les vides laissés dans nos finances ! Elle proposait bravement ceci :

« Par exception les patentables des dix-huit catégories qui viennent d'être désignées (professions dites libérales) sont passibles du taux du 10e au lieu du 12e pour tous les locaux soumis au droit proportionnel :

1° Lorsque, exerçant leur profession à Paris, ils occupent, soit dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 4.000 francs ;

2° Lorsque, exerçant leur profession dans une autre ville de plus de 100.000 âmes, ils occupent, soit, dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 2.000 francs. »

La Chambre a heureusement repoussé cette aggravation de peine et décidé que les choses resteraient en l'état actuel.

En revanche M. Pédebidou n'a pu faire admettre les deux amendements que voici :

« En ce qui concerne les médecins, le droit proportionnel est limité aux locaux professionnels à l'exclusion de ceux affectés à l'habitation.

« En ce qui concerne également les médecins, sont seuls assujettis au droit proportionnel les locaux situés dans l'arrondissement d'enregistrement du diplôme ; si le même médecin occupe deux habitations distinctes dans le même arrondissement ou dans un autre arrondissement, il y a lieu d'imposer seulement celle servant à l'exercice de sa profession. »

« Les médecins ne pourront être assujettis au payement de la patente que dans la commune où ils exercent réellement leur profession et pour laquelle ils ont fait enregistrer leur diplôme, conformément à l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892. »

Conseil supérieur de l'assistance publique. — Par décret en date du 9 mars. L'article 1er du décret du 15 janvier 1894 est modifié comme suit :

Le conseil supérieur de l'assistance publique est composé de soixante membres, savoir : quatorze membres de droit et quarante-six membres nommés par décret.

Sont membres de droit du conseil :

1° Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ;

2° Le directeur de l'administration départementale et communale ;

3° Le directeur de l'administration pénitentiaire ;

4° Le directeur des affaires civiles au ministère de la justice ;

5° Le directeur du service de santé au ministère de la guerre ;

6° Le directeur du service de santé au ministère de la marine ;

7° Le président du comité consultatif d'hygiène publique de France ;

8° Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ;

9° Les inspecteurs généraux de l'assistance publique ;

10° Le directeur de l'assistance de Paris ;

11° Le directeur du Mont-de-piété de Paris ;

Les membres nommés par décret comprennent six sénateurs, douze députés, vingt-huit personnes désignées soit par les fonctions administratives ou électives qu'elles remplissent, soit par leur compétence spéciale.

Nécrologie. — Le Dr ARDILOUZE, de Château-Landon, (Seine-et-Marne, reçu en 1873. — M. FEILLET, médecin à Plougastel (Finistère), reçu en 1878. — Le Dr ARMAND, de Denicé (Rhône), reçu en 1875. — Le Dr DELMAS, de Bordeaux, reçu en 1879.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

NUTRITION DES ENFANTS. Farine alimentaire Vigier.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*